

# Dépendance et charge en travail

Base de référence : Nicole Exchaquet et Lina Zublin ,  
*Effectif et organisation pour des soins infirmiers adéquats.*  
Éditions du Centurion, Paris, 1980.

Les travaux de Nicole Exchaquet et Lina Zublin (1971-1980) les a conduit à retenir le principe que les "soins directs" sont proportionnels au degré de dépendance des patients et que les "soins indirects" sont fixes.

Cette méthode permet une classification de la dépendance vis à vis des actes de la vie quotidienne : dépendance par rapport aux besoins, dépendance fonctionnelle.

L'hypothèse des "soins directs proportionnels au type de dépendance" se révèle, en pratique, globalement pertinente, mais on relève des inadéquations pour des cas particuliers qui concernent surtout les dépendances par perte d'autonomie cérébrale : un grabataire mobilise moins de temps agent qu'un Alzheimer errant.

Aussi doit-on parler "d'évaluation" de la charge en soins et non de "mesure" (la mesure est l'apanage du PRN).

L'état de dépendance est un état de santé qui nécessite de l'aide pour que soient assurés les actes essentiels de la vie quotidienne. Cette dépendance peut être temporaire ou durable, selon que la pathologie en cause est curable ou séquellaire.

**La dépendance temporaire** se résout par le traitement de la pathologie en cause, avec des soins.

**La dépendance durable** demande des soins s'occupant de la vie des patients. Des soins de santé qui en plus des soins techniques ponctuels d'une pathologie, prennent en compte la globalité de l'être.

La dépendance offerte, entraîne, en échange, **une prestation d'aide.**

Si dans la charge en travail on rencontre des volumes fixes, aisément quantifiables, par contre se trouve **une partie variable, c'est la charge en soins.**

La charge en soins est la quantité d'actions para-médicales requises par un patient par 24h. Elle comporte deux aspects essentiels :

- Les soins directs : temps nécessaire aux soins effectués auprès du patient.
- Les soins indirects : temps passé à s'occuper du patient, même si on n'est pas à côté de lui.

**On peut étudier ces temps de soins de deux façons :**

— **en fonction du degré de dépendance fonctionnelle** : après évaluation des fonctions déficientes nécessitant aide, on classe les patients selon trois types de dépendance, auxquels correspondent des durées de soins différentes.

On évalue, dans ce cas, le besoin d'aide à des fonctions défaillantes.

**L'évaluation globalise, donne des fourchettes de temps** et, ce faisant, est plus conforme aux quotidiens des soins. Car le soin donné est plus ou moins doux et relationnel selon le soignant et le soigné.

— **en mesurant les soins reçus ou requis** : on fait un plan des soins que nécessite l'état du patient, puis on attribue un temps à chaque soin.

On mesure, dans ce cas, la réponse en soins requise par un état.

**La mesure personnalise, donne des temps étalonnés** et, ce faisant, est plus conforme aux besoins de gestion de l'effectif, nécessaire et suffisant.

## **A - Évaluation de la charge en travail**

### **La charge en travail, qu'est-ce ?**

**C'est la somme de temps nécessaire par 24 h, pour répondre aux besoins des patients.**

En divisant ce temps par le temps de travail quotidien d'un agent, on obtiendra l'effectif nécessaire dans l'unité de soins.

Elle est fonction de plusieurs facteurs.

**La charge en soins est la charge la plus variable.**

Elle quantifie la somme des activités para médicales requises par un patient, tributaire de la quantité mais aussi de la qualité des soins. Elle est subordonnée aux objectifs fixés quant au niveau de la qualité des soins estimée nécessaire en fonction de la spécificité du service, des évolutions technologiques; du type de patients; de la qualification et de la motivation du personnel.

Définir la qualité nécessaire et suffisante est la première démarche à effectuer avant toute mesure car ce sera la référence d'où découleront les actions de soins.

Mais à qui appartient-il de définir ?

- A l'OMS qui définit la santé "comme un bien-être sur le plan physique, psychologique et social"?

- A l'assuré, à la direction, au médecin, aux soignants, au ministère, aux élus, au régulateur ?

- La qualité au regard de la demande ou au regard des possibilités économiques de soins ?

Si on se réfère à la modification de notre milieu de vie depuis trente ans la définition qui tient compte de l'évolutivité du milieu, est la définition de R. Dubos, qui colle davantage à la réalité : l'état de santé défini comme "la capacité de fonctionner au mieux dans son milieu"

## **La charge la plus différente d'une institution à l'autre est "l'entretien ménager".**

Nous entendons par entretien ménager, tout le travail de ménage en dehors de l'environnement direct du patient : entretien des sols, des escaliers, des vestiaires, des couloirs; utiliser le lave-vaisselle matin-midi-goûter-soir; chauffe des plats en liaison froide à aller chercher et contrôler.

Ce travail est, soit confié à des groupes spécialisés, soit assuré (suivant des modalités multiples), par le personnel de l'Unité de soins.

C'est le plus facile à chronométrer car il dépend de la conception architecturale et de l'organisation fonctionnelle du service (degré d'automatisation des tâches répétitives d'entretien du sol; du traitement apporté aux problèmes de cuisson et distribution des aliments, vaisselle, entretien du linge, évacuation des déchets...)

**La charge la plus modulable est le temps passé à "la formation discontinue permanente" des soignants, qui est une nécessité absolue, si l'on veut garder un dynamisme performant.**

**CHARGE EN TRAVAIL = CHARGE EN SOINS (Soins directs + Soins indirects) + ENTRETIEN MENAGER.**

## **I. CHARGE EN SOINS**

**Base :** les "soins directs" sont proportionnels au degré de dépendance des patients; les "soins indirects" et les "tâches hôtelières" sont fixes.

### **a) SOINS DIRECTS**

"Sous ce terme sont regroupées les activités comprises dans la fonctions relative aux soins. Il s'agit d'activités convergeant sur le malade individuellement et accomplies auprès de ce dernier : donner des soins, observer le malade, accompagner le malade, s'entretenir avec le malade au sujet de sa santé, évaluer les soins donnés, etc..." Confrer : Exchaquet et Zublin, Effectif et organisation pour des soins infirmiers adéquats, Paris, Le Centurion - p 92.

#### **La succession des actions :**

L'équipe soignante après observation clinique choisit, pour chaque besoin, l'item correspondant à l'état du patient, dans la Grille d'évaluation des 14 besoins de Virginia Henderson. Ces items sont cotés de 1 à 4, selon des critères de dépendance croissante.

**À partir de l'évaluation** est établi le **Plan de Soins Infirmiers**.

**À partir des cotations**, somme des 14 items donnant un **Score**, compris entre 14 et 70 (de 14 x 1 à 14 x 5)

#### **Type de dépendance par rapport aux 14 BESOINS :**

14 à 28 = Indépendant.

29 à 52 = Semi-dépendant

53 à 60 = Dépendant.

61 à 70 = Très dépendant

Le calcul de la dépendance n'étant pas lié aux soins infirmiers, mais aux 14 besoins, nous avons donc une dépendance par rapport aux actes de la vie quotidienne, aux fonctions. Nous utilisons la grille de Virginia Henderson pour étudier les besoins et non la grille d'Exchaquet et Zublin, qui, elle, a des items tenant compte des soins en plus d'items des fonctions. Or une grille de niveau de dépendance ne doit pas comporter d'actes de soins, car elle est un constat. Les soins constituent une réponse au constat.

#### **À partir du score, Calcul de l'Autonomie Restante.**

14 = 100 % et 70 = 1 % d'autonomie restante.

L'autonomie restante est la vue optimiste de la dépendance : lorsque la dépendance diminue l'autonomie augmente. Si on réalise un graphique de l'évolution, une courbe d'autonomie ascendante est plus reconnue comme un progrès, qu'une courbe de dépendance qui diminue.

#### **À partir du score, Calcul de la durée des soins directs.**

##### **Fourchette de temps des soins directs en minutes**

Plutôt que de prendre un chiffre moyen comme le font Exchaquet et Zublin et afin de cerner au plus près la réalité, nous avons testé des **coefficients qui sont appliqués au score obtenu**.

Dans chaque fourchette du type de dépendance, temps minimum au score le plus bas et maximum au score le plus élevé avec, entre, des temps intermédiaires.

Coef. 1,21 de 14 à 28. (14 = 16,94 mn ; 20 = 24,2 mn ; 28 = 33,88 mn)

Coef. 2,30 de 29 à 52. (29 = 66 mn ; 40 = 92 mn ; 52 = 119 mn)

Coef. 2,6 de 53 à 60. ( 53 = 137 mn ; 57 = 148 mn; 60 = 156 mn)

Coef. 3 de 61 à 70. (61 = 181 mn ; 65 = 519 mn; 70 = 210 mn)

À partir du temps nécessaire pour les soins directs individuels, **calcul du Temps de charge en soins directs et pour 24 h de l'Unité de Soins**.

## **b) SOINS INDIRECTS**

"Sous ce terme sont regroupées les activités relevant des fonctions des soignants accomplies hors de la présence du patient et en relation avec : les soins (préparer le matériel, s'entretenir avec la famille), la gestion du personnel (contrôler, informer), la gestion du service (établir les horaires de travail, le plan de travail) et d'autres activités (boire une tasse de thé à l'occasion d'une pause de travail, attendre le médecin)"

N. Exchaquet et Zublin. Effectif et organisation pour des soins infirmiers adéquats - Paris. Le Centurion - p 92.

**Temps fixe, évalué à 75 mn par patient et par 24 h.**

### **c) TACHES HÔTELIÈRES**

"Sous ce terme sont regroupées les activités du personnel soignant, et non domestiques, centrées sur le service et autres que la participation aux soins : distribution des repas, boissons, nettoyage dans l'environnement direct du malade, rangement du linge, transport (de malade ou matériel), de messageries, etc..." N. Exchaquet et Zublin. Effectif et organisation pour des soins infirmiers adéquats - Paris. Le Centurion - p 92.

**Temps fixe, évalué à 60 mn par patient et par 24 h.**

### **2. ENTRETIEN MENAGER**

L'entretien des locaux n'est pas inclus dans l'étude de la charge en soins (et non en travail), les taches hôtelières étant précisées "non domestiques" : le ménage étant effectué par un service tiers.

**Temps fixe, évalué en minutes, par patient et par 24 h, en fonction des locaux ; ou nul si exécuté par un service tiers.**

## **B - Calcul du personnel nécessaire dans l'unité de soins**

La somme des résultats individuels permet d'obtenir, en minutes, la charge en travail, pour l'ensemble de l'unité de soins et pour 24 h. Ce travail va nécessiter pour être réalisé, du "temps-agent".

En se basant sur un temps de travail en 1998 de 7 h 48 (448 mn) par agent et par 24 h on peut calculer l'effectif nécessaire par jour (total-minutes / 448)

Calcul possible de la dotation en personnel pour la semaine, le mois, l'année (en fonction des résultats des exercices antérieurs)

**Note sur le traitement informatique :** pour chaque patient, nous tapons au clavier les 14 chiffres correspondants aux 14 items retenus dans l'évaluation des 14 besoins (Charge en travail pour 32 résidents : 15 mn.).

Les calculs, programmés, sont automatiques.

Dr Lucien Mias - septembre 1996

